© THE QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO
1998

REPRODUCED WITH PERMISSION

L'IMPRIMEUR DE LA REINE POUR L'ONTARIO

REPRODUIT AVEC PERMISSION

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Accès à des services de santé de qualité dans les collectivités rurales et du Nord de l'Ontario

---

Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord

Vision

Notre vision est celle d'un réseau totalement intégré et coordonné qui garantisse l'accès à toute une gamme de programmes et de services rendant le malade prioritaire, tout en assurant une utilisation plus efficace et rentable des ressources, soit la prestation de soins appropriés au bon endroit, au moment opportun. Les petits hôpitaux des collectivités rurales et du Nord pourront faire évoluer leur rôle au sein du système de santé, et les fournisseurs de soins de santé en milieu rural et dans le Nord bénéficieront d'une aide leur permettant de répondre aux besoins de ces collectivités. Le système de santé en milieu rural et dans le Nord utilisera les nouvelles techniques de pointe en matière de soins de santé et de communications pour permettre aux médecins et aux autres professionnels de la santé d'assurer un accès aux soins 24 heures par jour, et de forger des liens avec des services plus spécialisés, le cas échéant.

Des services de santé de qualité et l'accès aux services dont la population a besoin constituent une priorité pour tous les Ontariens et Ontariennes, qu'ils vivent en milieu rural, dans le Nord de la province ou dans des zones urbaines. Rendre les besoins des patients prioritaires et assurer l'accès aux services, voilà les toutes premières priorités du gouvernement.

En février 1997, le ministre de la Santé, Jim Wilson, a annoncé des mesures visant à créer un plan global pour les soins de santé en milieu rural et dans le Nord de l'Ontario.

Ce Plan admet qu'il n'existe pas de méthode universelle pour les services de santé en Ontario, et qu'il faut tenir compte des circonstances et des conditions uniques caractérisant les régions rurales et celles du Nord de l'Ontario sur le plan de la prestation des services de santé. Ces besoins uniques ont été abordés récemment dans le cadre des travaux de la Commission de restructuration des services de santé, commission qui se penche sur la prestation de ces services, propose des recommandations visant à améliorer les services aux malades et prend des décisions à ce sujet. Plus tôt cette année, la Commission a indiqué que le gouvernement ne lui avait pas donné de cadre, de lignes directrices ou de politiques pour la guider dans ses travaux relatifs aux soins de santé en milieu rural.

De plus, une étude pilote sur la restructuration des hôpitaux locaux entreprise par le Conseil régional de santé de Grey-Bruce, étude basée sur des outils de planification s'appliquant mieux aux zones urbaines (outils de planification fournis par le gouvernement précédent), a clairement prouvé au présent gouvernement qu'il fallait adopter un plan répondant spécifiquement aux besoins des hôpitaux ruraux et de ceux du Nord.

Le gouvernement est le premier à reconnaître ce besoin et à s'attaquer à ces problèmes grâce au Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord.

Élaboré avec l'aide d'un comité d'experts composé de médecins, d'infirmières et de spécialistes des soins de santé des régions rurales et du Nord de la province, ce plan n'exempte pas les hôpitaux ruraux et ceux du Nord des efforts de restructuration hospitalière. Il ne représente pas non plus le statu quo.

Le Plan offre des directives aux conseils régionaux de santé, à la Commission de restructuration des services de santé et aux hôpitaux locaux sur la restructuration des services de santé locaux. Il précise que tous les hôpitaux ruraux et ceux du Nord devraient offrir au minimum un accès 24 heures par jour à des services d'urgence de base. Les petits hôpitaux ruraux seront officiellement reliés à au moins un plus gros hôpital désigné, nanti d'un service d'urgence disposant d'un personnel complet, fonctionnant 24 heures par jour. Ce plus gros établissement devra aussi offrir des services spécialisés et un soutien clinique permanent.

En outre, le Plan requiert que les hôpitaux ruraux et ceux du Nord, qui sont situés les uns près des autres, se constituent en réseaux pour partager les services administratifs et ceux de soutien et pour explorer les possibilités de partage du personnel médical et des structures de gestion.

Ce Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord est une partie intégrante et vitale des efforts que le gouvernement continue de déployer pour améliorer le système de santé en Ontario. La restructuration de ce système n'est pas seulement une question d'économies. Il s'agit en fait de rendre les patients prioritaires en prenant l'argent gaspillé actuellement en double emploi, en frais administratifs et en entretien de bâtiments et en le réinvestissant dans des services de santé directs, de première ligne.

Problèmes touchant la prestation des services de santé en milieu rural et dans le Nord de l'Ontario

Ces dernières années, la prestation des services de santé a été caractérisée par des changements drastiques. Les défis auxquels les collectivités rurales et celles du Nord sont confrontées sont particulièrement difficiles et complexes.

Les établissements de santé en milieu rural et dans le Nord sont moins nombreux et plus dispersés que ceux des centres urbains. Les distances, surtout durant les mois d'hiver, font qu'il est souvent difficile d'assurer l'accès aux soins de santé 24 heures par jour, en particulier dans le cas des services d'urgence.

Les collectivités rurales et celles du Nord ont en général du mal à recruter et à garder des professionnels de la santé. Les médecins en milieu rural doivent répondre à toute une série de besoins médicaux et d'urgence, et les infirmières doivent faire preuve de beaucoup plus d'autonomie que leurs homologues des centres urbains pour bien servir les patients. Les problèmes de charge de travail, d'isolement et d'accès réduit aux services cliniques et éducatifs découragent de nombreux docteurs ou autres fournisseurs de soins de santé et ne les poussent guère à venir s'installer en milieu rural ou dans des régions isolées.

Comme la majorité des hôpitaux ruraux et du Nord sont autonomes les uns des autres, nombreux sont ceux qui éprouvent des difficultés à se nantir de matériel de pointe ou à réaliser des économies administratives et cliniques leur permettant de rester au diapason des nouvelles technologies et d'assurer la qualité de soins dont leurs patients ont besoin et qu'ils méritent, ou l'accès à ces soins.

leurs patients ont besoin et qu'ils méritent, ou l'accès à ces soins. 100-05029/

Réinvestissements dans les services de santé en milieu rural et dans le Nord

Depuis son arrivée au pouvoir en 1995, le gouvernement a reconnu que les besoins en matière de services de santé des résidents des régions rurales et de celles du Nord de l'Ontario diffèrent grandement de ceux des zones urbaines. Nous avons donc effectué des réinvestissements importants qui tiennent compte de ce facteur. En voici quelques exemples :

- honoraires de 70 $ de l'heure par consultation pour les médecins des services d'urgence des petits hôpitaux, des hôpitaux ruraux et de ceux du Nord. Ce réinvestissement de 13 millions de dollars signifie que 70 salles d'urgence qui menaçaient de fermer leurs portes resteront ouvertes dans ces hôpitaux et offriront les services nécessaires;
- montant de 14 millions de dollars au titre du financement de la croissance des hôpitaux du Nord;
- montant de 6,7 millions de dollars au titre des contrats communautaires du Nord pour les médecins;
- montant de 4,4 millions de dollars pour équiper les ambulances de défibrillateurs et de dispositifs de soulagement des symptômes;
- montant de 45,5 millions de dollars pour recruter des médecins pour les régions mal desservies.

Ces réinvestissements visent à s'assurer que les résidents des zones rurales et de celles du Nord de l'Ontario ont accès aux services quand ils en ont besoin. C'est en fait l'objectif même du Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord.

Élaboration du Plan

Le gouvernement présent a admis que bien que les réinvestissements soient en mesure d'aider à résoudre certains des problèmes auxquels les collectivités rurales et du Nord sont confrontées, il fallait quand même adopter un plan global pour régler le problème clé de l'accès aux services.

En septembre 1995, le ministre de la Santé a demandé au Conseil régional de santé de Grey-Bruce d'effectuer une étude pilote afin de déterminer comment répondre de façon optimale aux besoins des communautés rurales en matière de soins de santé. Les recommandations provisoires du conseil de Grey-Bruce, alliés à celles de plusieurs autres groupes et particuliers, ont débouché sur l'élaboration du Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord.

Les travaux de cette initiative ont été coordonnés par un comité directeur du ministère de la Santé. On a obtenu de précieux conseils et renseignements d'un comité d'experts composé des membres suivants :

- Robert Muir de l'Ontario Hospital Association et ancien directeur général du Lake of the Woods General Hospital, Kenora;
- le Dr Ray Dawes, président, Rural Physicians Group, Ontario Medical Association;
- le Dr Michael Murray, urgentiste et directeur d'hôpital, Royal Victoria Hospital, Barrie;
- Willis A. Rudy, ancien vice-président, Small Hospitals, Ontario Hospital Association et ancien directeur exécutif, Wilson Memorial Hospital, Marathon;
- le Dr Jim Rourke, médecin de famille, Goderich; directeur, Southwestern Ontario Rural Medicine Education, Research and Development Unit, Université Western

- Ontario;
- Charlotte Clay-Ireland, ancienne présidente, Rural Ontario Municipal Association;
- J.P. Aube, membre, membre du Conseil régional de santé de Cochrane et ancien membre du conseil d'administration de l'hôpital;
- Louise LeBlanc, présidente, Emergency Nurses Association of Ontario;
- Susan Shaw, infirmière d'urgence, North Hastings District Hospital, Bancroft;
- le Dr Dennis Psutka, urgentiste, Hamilton Health Sciences Corporation, et professeur adjoint, Université McMaster, Hamilton.

Le Ministère aussi consulté d'autres ministères, des conseils régionaux de santé choisis et des représentants d'organismes comme l'Ontario Nurses Association, l'Ontario Hospital Association et l'Ontario Medical Association. Le plan arrêté englobe les conseils et constatations des participants.

Le Plan offre une série de recommandations, de directives et d'approches visant à améliorer l'accès aux services de santé dans les régions rurales et dans celles du Nord.

Réinventer les hôpitaux ruraux et ceux du Nord

Le Plan réinvente les hôpitaux ruraux et ceux du Nord et voit à ce qu'ils continuent de répondre aux besoins de tous les Ontariens et Ontariennes. Il reconnaît que ces hôpitaux continueront de jouer un rôle vital au sein de leurs communautés, mais que ce rôle va changer.

Les hôpitaux ne fonctionneront plus isolés les uns des autres, mais seront reliés à de plus gros centres hospitaliers de la région, créant ainsi des réseaux de soins et partageant les ressources avec d'autres petits hôpitaux avoisinants. En collaborant, les hôpitaux de ces réseaux seront, pour la première fois, en mesure d'offrir une gamme exhaustive de programmes et de garantir l'accès des résidents à des services de santé de qualité aussi près de leur domicile que possible.

Le Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord encouragera l'élaboration de méthodes novatrices et souples de prestation de services, améliorera la capacité des petites collectivités en matière de recrutement et de maintien sur place des médecins et autres professionnels de la santé et permettra de forger des liens plus étroits entre les petits hôpitaux et les services communautaires.

Cinq types d'hôpitaux servent les collectivités rurales et isolées. Chacun joue un rôle différent mais vital en matière de prestation des services de santé :

- petits hôpitaux situés dans un rayon d'environ 40 km d'un hôpital plus important;
- hôpitaux situés à plus de 40 km d'un hôpital plus important, mais pas assez distants pour être considérés comme isolés;
- hôpitaux isolés du Nord;
- hôpitaux secondaires plus importants nantis d'un service des urgences offrant des services complets;
- hôpitaux spécialisés et centres hospitaliers universitaires.

Bien que la plupart des hôpitaux en milieu rural aient des lits pour malades hospitalisés et offrent des services tels les services de consultations externes, la chirurgie d'un jour et les services de réadaptation, leur capacité d'offrir des services d'urgence complets, 24 heures par jour, diffère grandement. De nombreux facteurs, tels la disponibilité de généralistes, de spécialistes, de matériel de diagnostic et de techniciens formés, influent directement sur le niveau de soins d'urgence que ces

hôpitaux sont capables d'offrir.

Le Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord résoudra ces problèmes en établissant un système coordonné de services d'urgence en tant que partie intégrante des réseaux de santé en milieu rural et dans le Nord. Le Plan prévoit quatre catégories de services d'urgence conformes aux recommandations de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

À l'avenir, tous les hôpitaux ruraux et du Nord seront désignés comme étant des hôpitaux de la catégorie A, B ou C et seront reliés à au moins un établissement désigné de la catégorie D. Chaque désignation d'hôpitaux sera fondée sur les services offerts et le niveau de soins d'urgence que l'hôpital est donc capable d'assurer, comme cela est mentionné ci-dessous.

Hôpitaux de niveau A

Ces hôpitaux assureront un accès 24 heures par jour à des services de triage d'urgence, c'est-à-dire des services d'évaluation, de réanimation et de stabilisation, de même que des services nécessaires de transport médical, services qui sont normalement offerts par une infirmière de garde ayant accès à un médecin lui dispensant des conseils. Il est possible que les hôpitaux de niveau A disposent de lits pour malades hospitalisés et d'un ou plusieurs lits d'observation de 24 heures.

Hôpitaux de niveau B

Les hôpitaux de niveau B auront recours à des médecins en disponibilité (pouvant se rendre à l'hôpital au maximum en quinze minutes, comme c'est le cas actuellement), médecins offrant des services 24 heurs par jour. Ces hôpitaux offriront certains services secondaires (par exemple des services de chirurgie générale, de médecine interne, d'anesthésie, certains services de diagnostic et divers autres services de soutien). Ils disposeront de lits pour soins actifs et de services d'urgence qui, outre les soins d'urgence de niveau A, offriront des services par des médecins tels les sutures de blessures et les soins en cas de fractures simples.

Hôpitaux de niveau C

Ces hôpitaux fournissant des services d'urgence complets offriront des services 24 heures par jour, services assurés par des médecins sur place ou en disponibilité. Ils disposeront de technologie et de techniques de diagnostic plus perfectionnées. Ils offriront des services supplémentaires tels l'orthopédie, les soins cardiaques, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie et la psychiatrie. Ces hôpitaux disposeront de lits pour soins actifs et pour soins spécialisés. Leurs services varieront en fonction des besoins communautaires, du volume et de la disponibilité des fournisseurs de soins de santé. Chaque réseau de santé en milieu rural et dans le Nord comprendra au moins un hôpital désigné de niveau C.

Hôpitaux de niveau D

Les réseaux de santé en milieu rural et dans le Nord seront reliés à des hôpitaux extrêmement spécialisés comme le Hospital for Sick Children de Toronto et les centres hospitaliers universitaires d'Ottawa, de Kingston, de Toronto, d'Hamilton et de London. Ces établissements de niveau D collaboreront avec les réseaux de santé en milieu rural et dans le Nord pour améliorer l'accès aux services spécialisés, aux consultations et aux ressources les plus courantes qui soient en Ontario en matière de renseignements médicaux, de formation et d'éducation permanente des médecins.

Constitution de réseaux de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord

Plusieurs petits hôpitaux ruraux et du Nord ont déjà réalisé qu'ils ne pouvaient pas survivre isolés et qu'ils devaient collaborer avec d'autres petits hôpitaux et centres secondaires plus importants pour faire face à l'avenir. Ils ont aussi reconnu qu'ils devaient coopérer avec d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé pour améliorer l'accès aux services de santé, pour offrir de nouveaux services et pour fonctionner plus efficacement.

Par conséquent, un certain nombre de ces hôpitaux ont déjà forgé des partenariats ou sont sur le point de fusionner ou de faire des alliances, mesures qui permettront de renforcer et d'améliorer l'accès aux services nécessaires et de réaliser des efficiences par le biais de systèmes conjoints d'administration et de partage des services cliniques et de soutien, et par le partage d'un personnel médical commun.

Le ministère de la Santé appuie fortement ces initiatives, mais reconnaît qu'il faut adopter une approche claire, uniforme et globale pour voir à ce que les changements se produisent dans toutes les régions de la province. Lorsque les réseaux de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord deviendront opérationnels, tous les hôpitaux au sein d'un réseau seront officiellement reliés. Les progrès réalisés sur ce plan par les hôpitaux ruraux seront pris en considération lorsque le Ministère pendra des décisions futures en matière de financement.

Les conseils régionaux de santé, les hôpitaux et d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé en milieu rural collaboreront pour développer ces réseaux de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. Si les hôpitaux sont éloignés d'environ 40 km les uns des autres, on s'attendra à ce qu'ils établissent des groupes nantis de fonctions administratives, cliniques et de soutien conjointes. On les encouragera aussi à explorer les options de partage des services de gestion.

Si un groupe d'hôpitaux est situé à plus de 40 km d'un hôpital offrant des services d'urgence complets, au moins un des hôpitaux du réseau devra avoir assez de ressources secondaires pour fournir des services de niveau B. Le reste assurera un accès de niveau A, des services de triage et des services de transport.

Dans certaines régions de la province, il faudra peut-être créer plus d'un groupe d'hôpitaux au sein du même réseau.

S'il existe plus d'un hôpital dans une collectivité rurale, on s'attendra à ce que ces hôpitaux collaborent avec la communauté pour regrouper les services et partager un site unique. Ils pourront ainsi maintenir l'accès aux services tout en réalisant des économies qui pourront être réinvesties dans les services de première ligne.

Les hôpitaux ruraux qui sont les seuls hôpitaux de leur communauté assureront un accès 24 heures par jour aux services de santé, à moins que l'on ne décide qu'un hôpital avoisinant est mieux en mesure d'offrir de pareils services et ce, par le biais du processus de planification du réseau. On s'attendra aussi à ce que ces hôpitaux examinent de près comment coordonner les ressources en matière de services de santé avec les établissements et services avoisinants. Le partage des services administratifs et cliniques avec d'autres petits hôpitaux de la région et l'adoption d'un personnel médical commun pourront être source d'opportunités en ce qui concerne la gestion clinique, la qualité des soins et l'adoption de méthodes novatrices en matière de prestation des services de santé.

Il sera peut-être possible de faire relever tous les hôpitaux et éventuellement d'autres services de santé d'un réseau, d'un seul directeur général. Le ministère de la Santé appuiera toute initiative visant l'adoption d'une structure unique de gestion.

Possibilités pour les hôpitaux des collectivités rurales et du Nord

Lorsque les réseaux de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord seront établis, certains hôpitaux assureront peut-être des types différents de services que par le passé. Par exemple, ils disposeront peut-être de lits pour des malades ayant reçu des soins extrêmement spécialisés dans un centre hospitalier universitaire, malades ayant besoin de soins en matière de convalescence et de rétablissement avant de retourner à la maison. Ces changements permettront aux résidents des régions rurales de recevoir des soins appropriés au bon endroit, au moment opportun, et de se prévaloir de ces soins aussi près de leur domicile que possible.

Certains hôpitaux auront peut-être aussi l'occasion d'assumer de nouvelles responsabilités. Par exemple, les petits hôpitaux pourront offrir des locaux aux fins suivantes : services offerts par des travailleurs communautaires, cabinets médicaux et dentaires, cliniques itinérantes, programmes de traitement de jour et centres d'accès aux soins de santé communautaires. Les hôpitaux en milieu rural et dans le Nord pourront aussi offrir les programmes et services suivants :

- physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie;
- soins post-opératoires ou soins de convalescence pour les malades qui ont subi une grosse opération ou qui ont reçu des soins actifs dans un établissement plus spécialisé;
- services de dialyse;
- programmes de santé mentale;
- soins palliatifs;
- programmes de gériatrie, y compris les services d'évaluation et de réadaptation;
- programmes de jour pour les aînés;
- cliniques spécialisées itinérantes, y compris les services de puériculture.

On encouragera tous les hôpitaux ruraux et du Nord à améliorer l'accès des patients aux soins de santé en mettant à la disposition des médecins et des autres fournisseurs de soins de santé des bureaux à un coût raisonnable. Ces mesures favoriseront le partage des services administratifs et du matériel et permettront de réduire les frais généraux et de réinvestir les fonds dans les services aux malades.

On encouragera aussi les hôpitaux ruraux et du Nord à forger des liens officiels avec d'autres établissements de santé, par exemple avec ceux offrant des soins de longue durée. On assurera ainsi une transition en douceur entre ces services et on facilitera l'accès des malades à une variété de services.

Conditions nécessaires à la mise en œuvre

La mise en œuvre du Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord nécessitera aussi la prise des mesures suivantes :

- élaboration de nouveaux points de référence pour résoudre le problème de la taille et de la capacité de services des hôpitaux ruraux et de ceux du Nord, de la proximité par rapport à d'autres hôpitaux et de la gamme de services offerts;
- affectation d'un financement pour s'assurer que les infirmières sont en mesure d'accroître leur rôle et de perfectionner leurs compétences afin de répondre aux besoins des collectivités rurales;
- élaboration de protocoles permettant à des infirmières d'urgence ayant reçu une formation de pointe et dont le rôle est accru de voir leurs compétences mieux utilisées dans les hôpitaux ruraux et dans ceux du Nord;

- expansion du programme paramédical de la province et introduction de nouvelles méthodes permettant d'offrir des soins préhospitaliers d'urgence au niveau avancé, par exemple le recours à des infirmières pour offrir des services préhospitaliers;
- introduction graduelle de nouvelles technologies comme l'installation de matériel permettant à toutes les ambulances rurales et aux hélicoptères de transmettre des renseignements constants sur les signes vitaux d'un malade aux services d'urgence ou aux centres de traumatologie urbains;
- amélioration des stratégies de formation, de recrutement et de maintien sur place des fournisseurs de soins de santé en milieu rural, y compris les médecins, les spécialistes et les infirmières ayant bénéficié d'une formation spéciale, et amélioration des stratégies d'aide;
- adoption de dispositions permettant aux médecins et à d'autres fournisseurs de soins de santé de collaborer sous forme d'équipes locales et régionales et d'utiliser des méthodes non traditionnelles comme la télémédecine, pour assurer de meilleurs soins;
- facilitation de l'éducation et de la formation d'un nombre adéquat de «médecins ruraux»;
- adoption de mécanismes permettant aux spécialistes de centres universitaires d'offrir des services de secours aux médecins en milieu rural;
- programmes éducatifs permettant aux collectivités rurales de mieux comprendre comment les réseaux de services de santé en milieu rural et dans le Nord fonctionnent et comment l'on peut avoir accès à ces services.

Le ministère de la Santé est en faveur des initiatives qui faciliteront la mise en œuvre du Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord.

Étapes suivantes

Nous espérons que les collectivités iront rapidement de l'avant et mettront en œuvre les recommandations du Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord, en collaboration avec les conseils régionaux de santé, les hôpitaux et d'autres fournisseurs de services de santé locaux. Les réseaux n'auront pas besoin de s'en tenir aux limites géographiques actuelles des conseils régionaux de santé. Le Ministère s'attend à ce que les collectivités rurales et celles du Nord collaborent pour établir volontairement des réseaux qui offriront des services aux résidents de leurs communautés.

La Commission de restructuration des services de santé recevra aussi le Plan du gouvernement visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord pour la guider dans sa prise de décisions.

Le Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord rend les besoins des malades prioritaires. Il offre en effet conseils et directives concernant l'accès 24 heures par jour à des services de santé de qualité à l'intention des résidents des collectivités rurales et du Nord de l'Ontario. La vision du gouvernement en matière de services de santé consiste à offrir les soins appropriés au bon endroit et au moment opportun. Le Plan du gouvernement visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord réalise cet objectif pour tous les Ontariens et Ontariennes.

Annexe I

Scénarios pour les services de santé dans les collectivités rurales et du Nord

Au sein des réseaux de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord, toutes les composantes du système collaboreront pour assurer l'accès des malades

à des services appropriés, au bon endroit et au moment opportun.

Vous trouverez ci-dessous quelques scénarios expliquant comment le réseau de services de santé dans les collectivités rurales et du Nord répondra aux différents besoins en matière de soins de santé :

- Un petit garçon de trois a une crise d'asthme tard le soir et l'hôpital le plus proche offre des services d'urgence de niveau A
    - à son arrivée, il est évalué par une infirmière
    - l'infirmière consulte par téléphone le médecin de service
    - les médicaments sont prescrits par le médecin et administrés par l'infirmière
    - le petit garçon passe la nuit l'hôpital en observation et son état s'améliore
    - il repart le lendemain matin et l'on demande à ses parents d'effectuer un suivi avec le médecin de famille
- Un touriste de 19 ans se blesse à la cheville en faisant du ski et arrive dans un établissement d'urgence de niveau A
    - à son arrivée, il est évalué par une infirmière qui soupçonne une fracture et consulte un médecin par téléphone ou suit des protocoles de traitement acceptés
    - l'infirmière immobilise la cheville et elle adresse ce touriste à un hôpital rural avoisinant offrant des services d'urgence (services de niveau B)
    - le médecin du service rural d'urgence demande à ce qu'on lui fasse passer une radio
    - une fois la fracture confirmée, le médecin pose un plâtre
    - le jeune homme sort de l'hôpital avec une ordonnance et des instructions concernant les soins qui doivent être dispensés à domicile. On lui demande de faire un suivi avec son médecin de famille
- Une mère de 24 ans souffrant de douleurs abdominales aigues se rend dans un établissement de niveau A
    - à son arrivée, elle est évaluée par une infirmière qui soupçonne une appendicite
    - l'infirmière consulte le médecin de service par téléphone et décrit les symptômes
    - le médecin ordonne que la malade soit transférée à l'hôpital secondaire le plus proche, hôpital offrant des services d'urgence complets (niveau C)
    - l'infirmière fait venir une ambulance et la malade est transférée
    - à son arrivée, le médecin de garde évalue le cas et appelle un spécialiste; les procédures de diagnostic confirment qu'il s'agit d'une appendicite aigue; la malade est immédiatement amenée dans la salle d'opération
    - après l'opération, la malade reste à l'hôpital secondaire pour soins actifs; elle est ensuite ramenée chez elle et on lui demande de faire un suivi avec son médecin de famille
- Un homme de 78 ans arrive dans un établissement de niveau A et se plaint de douleurs thoraciques
    - pendant que l'infirmière fait son évaluation, sa respiration s'arrête
    - le moniteur cardiaque révèle une fibrillation cardiaque
    - l'infirmière appelle immédiatement une ambulance et grâce aux protocoles normalisés de soins, elle réanime le patient et lui administre les

médicaments nécessaires
- lorsque l'ambulance arrive, les paramédicaux transfèrent le patient à l'hôpital de niveau C le plus proche où un médecin l'attend
- une fois le malade stabilisé, il est admis dans le service de soins coronaires aux fins de surveillance et de traitement
- après plusieurs jours dans ce service, il est transféré dans un hôpital plus proche de son domicile aux fins de convalescence et de réadaptation
- une fois sorti de l'hôpital, un médecin de famille surveille son état en consultation avec le service des soins à domicile

- Une femme de 84 ans subit une arthroplastie de la hanche dans un gros hôpital urbain
  - après avoir passé plusieurs jours dans un service de soins actifs, elle est transférée dans un hôpital plus près de chez elle aux fins de convalescence et de réadaptation
  - durant sa période de convalescence, le personnel de l'hôpital local consulte le personnel du gros hôpital urbain, le cas échéant
  - une fois mobile, cette personne est renvoyée à la maison tout en disposant des services d'un fournisseur de soins à domicile; elle est suivie par son médecin de famille
  - la réadaptation se poursuit grâce à l'aide de services itinérants et de services de transport

- Un propriétaire de chalet de 63 ans se plaint soudainement de douleurs thoraciques aigues et d'essoufflement
  - son épouse réalise qu'il n'y a pas de service 911 disponible et qu'elle ne connaît pas le numéro de la station d'ambulance locale. Elle appelle donc l'hôpital local
  - l'infirmière pose des questions précises et, conformément à des protocoles approuvés, appelle immédiatement une ambulance et prend les dispositions voulues pour que la personne soit transportée dans un établissement de niveau C
  - les paramédicaux évaluent la situation et stabilisent le malade, commencent les soins intraveineux dans l'ambulance et consultent le médecin de l'établissement de niveau C
  - l'hôpital communique avec le cardiologue. Ce dernier est à l'hôpital à l'arrivée de l'ambulance
  - la personne est évaluée et admise dans le service de soins coronaires
  - plusieurs jours plus tard, le malade sort de l'hôpital et est suivi par son médecin de famille ailleurs dans la province

- Un jeune de 19 ans est gravement blessé dans un accident de motoneige
  - les autres conducteurs de motoneige contactent la police
  - les policiers et les ambulanciers arrivent et trouvent le jeune inconscient et saignant de l'oreille
  - les services ambulanciers dispensent immédiatement des soins d'urgence et communiquent avec l'hôpital de base pour recevoir des instructions
  - sous la direction du médecin de l'hôpital de base, les ambulanciers transportent immédiatement le jeune à l'établissement de niveau D le plus proche